Über

Anorexia hysterica.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

Erh. Söchting,
cand. med. aus Berlin.

Tag der mündlichen Prüfung: 21. Juli 1896.

ERLANGEN.
K. b. Hof- und Univ.-Buchdruckerei von Fr. Junge (Junge & Sohn).
1896.

Gedruckt mit Genehmigung der med. Fakultät.

Referent: Herr Prof. Dr. von Strümpell.

Meinem lieben Vater

in Dankbarkeit gewidmet.

Unter der Bezeichnung „hysterische Anorexie“, „Anorexia nervosa“ auch „Sitieirgie“ sind in der Literatur eine Anzahl von Krankheitsfällen beschrieben, deren Hauptsymptom ein andauernder, vollkommener Verzicht, oder doch wenigstens hochgradige Beschränkung der Nahrungsaufnahme mit daraus sich ergebender, oft ungeheurer Abmagerung und Inanition bildet.

Sollier unterscheidet zwei Arten dieser Krankheit: eine primäre und eine sekundäre: „Die erste ist die schwerere, hartnäckigere und trügerischere, denn sie kann sein und ist auch wirklich oft die erste Manifestation der Hysterie, ist nicht begleitet von einem deutlichen Stigma, von keinem andern Anfall, oder von so leichten Anfällen, dass man diese oft verkennt“.

„Die zweite Form erscheint wie irgend ein anderer hysterischer Zufall. Vermag sie für sich allein die ganze Scene der Hysterie auszufüllen, sowie sich in gewisser Weise an die Stelle aller anderen Zufälle zu setzen, und das Bild einer ebenso schweren Form zu bieten, wie die primäre Form der Anorexie: so ist sie doch in der immensen Mehrzahl der Fälle weit weniger ernsthaft, mehr vorübergehend, weniger hartnäckig, aber ebenso Rückfällen unterworfen und damit immer der Aufmerksamkeit für die Zukunft bedürftig“.

Die Krankheit befällt meist junge Mädchen im Alter von 12—20 Jahren. In vielen Fällen lässt sich

als erste Ursache eine vorangegangene Überanstrengung des Nervensystems, etwa durch Studium für ein höheres Examen, oder physische Eindrücke schwerer Art, wie Todesfälle in der Familie, getäuschte Liebe etc. nachweisen (Playfair[6], Charcot[9], Mackenzie[5], Sollier.[10])

Eine solche Störung in dem Nervensystem wird um so eher eintreten, mag man den Grund nun nachweisen können oder nicht, wenn die Patienten erblich belastet sind, wie dies häufig der Fall ist. (Gull[4], Sollier[11]).

Als Gelegenheitsursachen können die verschiedensten Umstände in Betracht kommen. Sollier[11] hat dieselben in 4 Hauptgruppen gebracht:

1. Moral-Ursachen (Coquetterie; Verlangen, sich die Taille zu verringern; Bedürfnis, sich interessant zu machen; Lebensüberdruss, Widerspenstigkeit, Hartköpfigkeit der Hysterischen, welche sie oft dazu bringt, das Gegenteil von allem zu thun, was man ihnen sagt, einfach aus Liebe zum Widerspruch.) Die Kranke will einfach nicht essen, voilà tout.
2. Anorexie. (Verlust des Hungergefühls; Anästhesie des Geschmacks und des Magens.) Die häufigste Ursache, die, wo der Anfang irgend eine andere Ursache gewesen, an einem gegebenen Zeitpunkt immer noch eintritt. „Ich esse nicht, weil ich keinen Hunger habe“, ein unwiderlegliches Argument. Dieser Appetitmangel hängt nur von einem besonderen psychischen Zustande ab, nicht einem organischen, weshalb alle Arzneimittel vergeblich sind. So lange die Kranken nicht wieder Appetit fühlen, selbst wenn sie essen, so lange kann man sie nicht geheilt nennen, weil dann jederzeit wieder

die systematische Sitieirgie (σῖτος Speise und εἴργω weise zurück) auftreten kann.

3. Zufälle, die beim Essen hinderlich sind (Schlingkrämpfe, Gastralgie durch Hyperästhesie der Magenschleimhaut, Auslösung von Anfällen durch das Essen, bei Berührung hysterogener Zonen im Verlauf des Speisekanals, Erbrechen.)
4. Sensorielle Illusionen, besonders Makropsie, die die vorgesetzten Speisen als unüberwindlich gross erscheinen lässt.

Aus irgend einem von diesen Gründen fangen die Kranken an, die Nahrungsmengen zu verkleinern, wobei nach Gull[2] hauptsächlich zuerst sich Widerwille gegen die animalische Nahrung geltend macht.

Schliesslich entwickelt sich, falls die Appetitlosigkeit nicht die erste Ursache war, doch infolge der beständig gesteigerten Verweigerung der Nahrungsaufnahme vollkommener Verlust des Hungergefühls. (Lasègue[1]) Die Kranken werden munter, wie nie zuvor, sie zeigen eine rastlose Beweglichkeit (Gull[2]), eine seltsame Unruhe und Neigung zu beständigem Gehen (Playfair[6], Edge[7], Wallet[12], Lasègue[1]). So geht es unter steter Verminderung der Ernährung Wochen und Monate fort, ohne dass das Allgemeinbefinden ungünstig beeinflusst zu sein scheint. „Im Geiste der Hysterischen herrscht eine Ruhe, ja, man könnte sagen, eine wahrhaft pathologische Zufriedenheit mit ihrem Zustand. (Lasègue[1]) Die Kranken zeigen auch ihren Verwandten gegenüber einen oft unglaublichen Indifferentismus (Sollier[11]) auf intellektuellem wie moralischem Gebiet. Deshalb bleiben auch Bitten und Drohungen seitens der Familienglieder ohne Wirkung, bestärken vielmehr die

fixe Idee in den Kranken. Während die Beweglichkeit nicht leidet, fängt allmählich die, scheinbar lebendige, Intelligenz an abzunehmen, es tritt Amnesie ein (Sollier [11]), ja es kann zu vollständigem Stupor kommen (Edge [71]).

Es zeigen sich schliesslich auch grössere körperliche Störungen. Es tritt Amenorrhoe ein (Lasègue [1], Mackenzie [5], Playfair [6], Edge [7], Sollier [11], Wallet [12]). Schlaflosigkeit (Lasègue [1], Gull [2], Charcot [9], Sollier [11]). Die Temperatur ist subnormal (Gull [4], Mackenzie [5], Edge [7]). Das Abdomen erscheint eingezogen, Epigastrium bei Druck empfindlich; Ovaralgie. Hartnäckige Verstopfung (Lasègue [1], Mackenzie [5], Edge [7], Sollier [11]). Incontinenz von Urin und Faeces (Edge [7], Sollier [11]). Die Haut trocken, runzelig, ohne Geschmeidigkeit, kalt. Puls anormal. Stärkste Abmagerung.

Verengung des Sehfeldes, Verminderung der Sehschärfe, vollkommene Amaurose, Nystagmus können eintreten (Sollier [11]). Ferner Hallucinationen (Dowse [3], Sollier [11]), Albdrücken, Lethargie, Katalepsie, regelrechte hysterische Anfälle.

Tritt jetzt nicht baldige ärztliche Hilfe ein, so erfolgt schliesslich der Tod durch Inanition (Gull [1], Charcot [10], Wallet [12]), nach Gull [1] infolge der dadurch bedingten, von den Cruralvenen aufsteigenden Thrombose.

Nach Lasègue [1] ist jetzt auch der geeignetste Zeitpunkt für den Arzt gekommen. Denn jetzt endlich fangen die Hysterischen an, sich selbst als Kranke zu fühlen und demnach ihren Widerspruchsgeist aufzugeben. Dabei sind sie entweder hinreichend abgespannt, um ohne Vorbehalt gehorsam zu werden, der seltenere Fall; oder sie zeigen sich halbgelehrig mit der offenbaren Hoffnung, einstweilen die Gefahr zu beschwören, ohne

ihren Ideen ganz zu entsagen und vielleicht auch dem Interesse, das ihre Krankheit erweckt.

Was nun die Therapie anbetrifft, so ist es nicht leicht, den so lange zur Ruhe verurteilten Magen wieder in regelmässige Thätigkeit zu bringen.

Im Allgemeinen hat man vorauszusetzen, dass die Wendung zum Bessern sich langsam vollziehen wird. Man muss gefasst sein, ein unsicheres, oft ungenügendes Resultat zu erzielen (Lasègue [1]).

Zunächst kommt es natürlich darauf an, den abnormen psychischen Zustand der Patienten zu bekämpfen. Zu diesem Zwecke wendet Gull [2] in der Regel, ebenso Mackenzie [5], Edge [7], mit aller Entschiedenheit in allen Fällen Charcot [10], Playfair [7] und Sollier [11] die Isolation der Kranken an. Dieselben müssen aus ihrer gewohnten Umgebung heraus; dieselbe hat gar keine Macht über die Kranken, verzieht sie nur, zeigt ihnen viel zu viel Mitleid usw. Deshalb womöglich Anstaltsbehandlung. Der einzige, der sich Playfair gegenüber gegen diese Methode erklärt, ist Myrtle [8], der die Isolation sowohl, wie „jenen modernen und in einer grossen Anzahl Fälle unnötigen, obwohl systematischen Humbug Massage", für unnütz und ausserdem für zu kostspielig hält.

Ist die Kranke von ihren Angehörigen getrennt, so übernimmt zunächst der Arzt selbst es, die Kranken zum Essen zu bringen (Sollier). Die Kranken sind meist dadurch, dass Niemand zu ihrem Beistand in der Nähe ist, so eingeschüchtert, dass es gleich das erstemal gelingt, sie durch einfachen, bestimmten Befehl evtl. durch Drohung mit einer unangenehmeren Behandlung zum Essen zu bringen. Gelingt dies nicht, so wird ihnen zunächst einige Zeit lang flüssige Nahrung durch die

Sonde eingegossen. Zur besonderen Abschreckung kann diese einigemale durch die Nase eingeführt werden (Sollier[11]). Doch besiegt man eigentlich damit nicht direkt die Widerwilligkeit der Kranken, ja sie werden vielfach die eingegossene Nahrung einfach wieder von sich geben. Hier kann eventuell die hypnotische Suggestion zu Hilfe kommen, namentlich auch, wenn es sich um Kranke handelt mit Contractionen des Oesophagus bei Berührung. Hat man die Kranke in Hypnose zum essen gebracht, so genügt oft der Hinweis auf diese Thatsache, um sie von ihrer fixen Idee abzubringen, als wäre es ihnen unmöglich, etwas hinunterzubringen.

Isst die Kranke gleich den ersten Tag von selbst, so gibt Sollier sofort eine volle Mahlzeit. Gleich bei der ersten, von der alles abhängt, dürfe man den Kranken keine Wahl lassen, weder in Bezug auf die Art, noch die Menge. Am besten Suppe, Fleisch mit oder ohne Gemüse, Dessert, Brot und Wasser mit Rotwein. Die Kranke darf nichts übrig lassen, nicht zu langsam essen, nichts wieder nach dem Kauen ausspeien.

Während der ersten Tage und bis zum Wiedererwachen des Hungergefühls darf der Arzt die Aufsicht beim Essen keiner andern Person überlassen. Neben dieser moralischen Behandlung kann man noch Folgendes beobachten.

Plyafair[6] verordnet absolute Ruhe, im Anschluss an Weir Mitchell. Um die schädlichen Folgen der Bettruhe für den Organismus auszugleichen und die Verdauung zu erleichtern, Anwendung der Massage und Elektrizität. Medicamentöse Behandlung in der Regel

unnötig. Eventuell Evacuantia, Tonica, Leberthran (Mackenzie[5], Sollier[11]).

Sobald die Patienten sich einigermassen erholt haben, hydrotherapeutische Behandlung (Charcot[10], Sollier[11]).

Gull[2]) empfiehlt, die Kranken warm zu halten gegen das Sinken der Temperatur infolge der Inanition. Dagegen will Sollier[11] gefunden haben, dass kalte Hydrotherapie (Douche mit gebrochenem Strahl von 12°) mehr Wärme bringe, als trockene und warme Abreibungen und Bäder, vorausgesetzt, dass die Douche in einem Raume mit 22° bis 25° angewandt wird.

Gull[2] gibt den Patienten etwas Alkohol, auch Mackenzie[5] in bestimmten Zwischenräumen Brandy-Mischung.

Wie lange hat nun diese Behandlung zu dauern? Gull[4] und Playfair[6] glauben damit in 6 Wochen zum Ziele zu gelangen, doch dauert es gewöhnlich wohl länger. Jedenfalls muss jede Tendenz zum Erbrechen, jede Caprice bezüglich der Ernährung verschwunden, die Kräfte und normaler Appetit wiedergekehrt sein. Auch der vorher stark angegriffene Geisteszustand muss sich so weit gehoben haben, dass die Patienten ihr gewöhnliches Leben wieder aufnehmen können, ohne daheim besonders zu behandeln zu sein. Das beste Kriterium ist das Gewicht. Im Allgemeinen wartet man am besten, bis die Patienten etwa wieder ebenso schwer sind, als vor der Krankheit, oder bis das Gewicht nach allmählichem Steigen ziemlich gleich bleibt. Es muss den Kranken wieder vollkommen zur Gewohnheit geworden sein, zu essen, wie vorher, zu fasten, dass sich diese Gewohnheit vollständig bei ihnen befestigt hat.

Differential diagnostisch wäre vielleicht zu erwähnen, dass Dowse[3] und Mackenzie[5] darauf hinweisen, dass man eventuell diesen Zustand mit latenter Lungenphthise verwechseln könne.

Zunächst will ich nun einige Krankengeschichten anführen, soweit mir dieselben in der Litteratur zugängig waren.

I. Gull[4].

Fräulein K. R.—, 14 Jahre alt, das 3. Kind in einer Familie von 6 Geschwistern; eines starb als Kind; Vater starb 68 Jahre alt an Lungenphthise; Mutter lebt in guter Gesundheit. Sie hat eine mit verschiedenen nervösen Symptomen behaftete Schwester und einen epileptischen Neffen. Diese ausgenommen, waren in ihrer grossen Familie keine Fälle von Nervenleiden. Die Patientin, bis zum Anfang vorigen Jahres (1887) ein dickes, gesundes Kind, begann Anfang Februar ohne ersichtlichen Grund Widerwillen gegen das Essen zu zeigen, und bald lehnte sie es ab, irgend etwas zu nehmen, ausser $^1/_2$ Tasse Thee oder Kaffee.

Am 13. März reiste sie aus dem Norden Englands ab und besuchte mich am 20. Sie war ausserordentlich abgezehrt und bestand doch darauf, durch die Strassen bis zu meinem Hause zu gehen, obgleich sie ein Gegenstand der Aufmerksamkeit der Passanten war.

Extremitäten blau und kalt. Die Untersuchung zeigte keine organische Erkrankung.

Respiration: 12–14.

Puls: 46. Temperatur 97° (= 36,1° C.) Urin normal. Gewicht 4 st. 7 lb.=63 Pfd. Grösse: 5 Fuss 4 Zoll.

Die Pat. sagte, sie sei ganz wohl. Eine Wärterin wurde von Guy's Hospital geholt, und alle paar Stunden

leichte Nahrung verordnet. Nach 6 Wochen berichtete ihr Hausarzt, ihr Zustand sei völlig gut; und am 27. Juli schrieb die Mutter: „K. ist fast gesund. Ich habe keine Mühe mehr mit ihrem Essen. Die Wärterin ist schon 3 Wochen fort".

II. Mackenzie[5].

M. geht mit einem Kollegen zu einem Fall, den dieser für Tuberculose hält, obgleich die physikalischen Zeichen dafür fehlen. „. . . .19 Jahre alte junge Dame, Erzieherin, sehr abgemagert und anämisch. Sie klagt nur über Schwäche. Sorgfältige Untersuchung zeigte keine Krankheitssymptome in allen Organen. Ich brachte heraus, dass sie anfänglich wegen Schmerzen nicht genügend Nahrung genommen hatte, bis sie sich soweit ausgehungert hatte, wie sie es jetzt war. Ich hielt den Fall für einen solchen von „Anorexia nervosa", und obwohl die Kranke nicht zu denen gehörte, die gewöhnlich im Spital behandelt werden, wies ich die Mutter nachdrücklich an, sie ins London-Hospital in meine Behandlung zu geben. Erst nach längerer Zeit stimmte sie zu und die Kranke wurde am 3. Jan. 1883 ins Hospital gebracht und ich bin im Stande, die Geschichte dieses Falles zn schildern nach den Aufzeichnungen meines Assistenten, Herrn S. F. Schmitt.

Ihre Familiengeschichte war nicht wichtig. Sie war geboren in Westindien und kam mit 1 Jahr nach England. Mit 9 Jahren hatte sie „Därmentzündung", mit 10 Lungenentzündung und mit 15 gastrisches Fieber. Sie hatte verschiedene geringere Leiden gehabt und litt immer an Erkältung. Sie sagte, dass sie vor 6 Jahren Husten und Blutspucken gehabt habe. Zwei Jahre vor ihrer Aufnahme begann sie von Verdauungs-

beschwerden geplagt zu werden. Nach dem Essen hatte sie Schmerzen mit Gefühl von Übelkeit und Sodbrennen, Ohnmachten und Rötung des Gesichts. Ihren Appetit verlor sie vorigen März und hatte immer weniger und weniger gegessen. Sie bemerkte, dass sie sich beim Essen mehr als sonst anstrengte und litt auch viel an Kopfweh. Die letzten 3 oder 4 Monate war sie zu Haus im Zimmer geblieben. Ein Jahr vor ihrer Aufnahme wurde sie durch Diebe sehr erschreckt.

Pat. hatte helle Gesichtsfarbe und blonde Haare; ihr Ausdruck war traurig (etwa einem Diabetiker ähnelnd, nach den Notizen des Assistenten). Ihre Intelligenz war gut.

Sie war sehr heruntergekommen, wog 6 st. 2 lb (= 86 Pfd.) und war fast anämisch. Die Zunge war rein, die Zähne sehr defect. Sie hatte gar keinen Appetit, Ekel vor Fleisch, Vegetabilien, Pudding usw., und ass nur ein wenig Butterbrod. Obgleich sie an Übelkeit litt, hatte sie kein Erbrechen und Hämatemesis. Ihr Abdomen war eingezogen und die Eingeweide verstopft und traten nur einmal in 7—10 Tagen in Thätigkeit. Sämtliche Organe waren gesund.

Die Menses hatte sie zum ersten Mal mit 15 Jahren. Die Katamenien waren immer unregelmässig und spärlich, und seit August ausgeblieben. Sie hatte immer an Leukorrhoe gelitten. Sie klagte über Schmerzen im Rücken vom Hals bis zur Mitte und über Schmerzen im Kopf und den Knieen. Sie sagte, Nahrung, auch nur in kleiner Menge, verursache ihr Übersättigung und Magenschmerzen. Die Temperatur war während des ganzen Verlaufs ihrer Krankheit im Hospital subnormal, mit Ausnahme der Zeit kurz nach ihrer Aufnahme, wo

sie einen Anfall von Tonsillitis follicularis hatte. In dieser Zeit nahm der Puls sehr zu, aber ich glaube, obwohl meine Notitzen in diesem Punkt lückenhaft sind, in der übrigen Zeit war keine Beschleunigung bemerkbar. Ihr wurden verordnet: Milch und beef-tea, Eier, Pudding, in bestimmten Zwischenräumen Brandy-Mischung, mit der Anweisung, wenn die Nahrung nicht jedesmal genommen werde, sie ihr durch die Magenpumpe oder Klysma zu geben. Ein gut Teil Zwang musste erst angewendet werden, um sie zu veranlassen, Speise zu nehmen; aber dies wurde erreicht, und Fisch und Fleisch wurden bald der Kost hinzugefügt. Ausser einem Anfall von Tonsillitis follicularis wurde ihre Besserung nicht unterbrochen. Sie bekam allmählich Fleisch, Farbe und Kraft. Am 23. Februar hatte sie zum ersten Mal seit 7 Monaten die Menses. Sie durfte eine kurze Zeit auf sein, zuerst am 25. Febr. und ging am 30. März in den Garten. Die medicamentöse Behandlung war unbedeutend: Stomachica und Evacuantia wurden gegeben, und eine Zeit lang Leberthran, der aber nicht gut bekam. Als sie Kräfte erlangt hatte, wurde sie ermuntert, bei der Pflege der anderen Kranken des Saales zu helfen, und sie fand diese Beschäftigung so zusagend, dass sie, als sie das Hospital verliess, ihren früheren Beruf aufgab und den einer Krankenwärterin ganz annahm. Im Mai verliess sie das Hospital wirklich gesund, und in den letzten Wochen habe ich sie stark und glücklich wieder gesehen".

III. Edge[7].

„Am 1. Oktober 1887 wurde ein 19 Jahre altes Mädchen, eine Buchfalzerin, im Zustand äusserster Abzehrung in das Salford Royal Hospital gebracht. Vor-

her war sie von meinem Freunde Dr. A. C. Clarke behandelt, der mit Recht dachte, der Fall müsse im Spital behandelt werden und mich bat, sie aufzunehmen.

Die Pat. erzählte, sie hätte über 12 Monate Schmerzen gehabt und über Appetitlosigkeit und mannigfaches Unwohlsein geklagt, das durch Essen verstärkt worden wäre. Kein wirkliches Leiden war je gefunden und auch kein Erbrechen eingetreten. In drei Monaten war die Abneigung gegen Nahrung so gross geworden, dass sich die Quantität immer verkleinert hatte, und länger als eine Woche vor der Aufnahme war keine Nahrung durch den Mund eingenommen. Verstopfung und Amenorrhoe waren eingetreten. Sie hatte ausserordentliche Seitenkrümmung. Bei der Aufnahme wurde das Mädchen sorgfältig untersucht, aber keine Brust- oder Unterleibserkrankung konnte entdeckt werden. Die Temperatur war subnormal; das Gewicht war nur 4 st. (= 56 Pfd.;) die Grösse 4 Fuss $11^1/_2$ Zoll. Fragen beantwortete sie willig, und es wurde ihr auseinander gesetzt, dass ihre Wiederherstellung davon abhänge, dass sie genügend Nahrung zu sich nähme. Es wurde ihr verordnet, kleine Mengen flüssiger Nahrung häufig einzunehmen; einige Zeit lang schluckte sie sie willig hinunter, aber am 7ten Tage wurde sie stupid, und alles musste ihr mit Gewalt gegeben werden. Jetzt schwieg sie fast immer und weigerte sich, etwas zu sagen. Sie wollte keine Frage beantworten, die ich an sie richtete; aber einmal, als ich sie und die anderen Kranken dieser Abteilung besucht hatte, rief sie mich zurück. Als ich zu ihr kam, wollte sie indessen kein Wort sagen. Ich verliess sie wieder und ward noch einmal mit demselben Resultat zurückgerufen. Die Ruhelosigkeit, auf die Herr

W. Gull so viel Nachdruck gelegt hat, zeigte sich bei ihr dadurch, dass sie immer, wenn sie nicht beobachtet wurde, aus dem Bett stieg und sich bewegungslos in der Mitte des Saales hinstellte. Vierzehn Tage nach ihrer Aufnahme begann sie, den Inhalt der Blase und des Rectums ins Bett zu entleeren.

Am 18. Oktober fing sie an, ihre Nahrung freiwillig und mit augenscheinlichem Geschmack zu nehmen, und wenige Tage später nahm sie feste Speise, die ihr gut bekam. Am 6. November fing sie an, gelegentlich mit den andern Kranken zu sprechen. Aus ihrem wiedergewonnenen Appetit zogen wir jetzt den Vorteil, sie, wenn sie nachts das Bett beschmutzt hatte, mit Entziehung des Frühstücks zu bestrafen; dieser Plan war auch von vollständigem Erfolg begleitet. Anfang Dezember fing sie an, sich im Saale nützlich zu machen und wollte meine Fragen einsilbig beantworten, aber mehrere Sekunden vergingen immer, bevor das „Ja“ oder „Nein“ heraus war. Ende des Monats begann sie schneller zu sprechen, aber es verging noch beträchtliche Zeit, bis sie anfing, eine Frage zu beantworten, als ob ihre Fassungskraft noch träge wäre. Am 7. Januar 1888 war sie gesund und fuhr fort, sich zu bessern; schliesslich jetzt, 3. April, sind alle Symptome verschwunden, ausgenommen natürlich die Rückgratkrümmung, und sie ist ganz munter und zufrieden. Ihr Gewicht ist beträchtlich gewachsen, wie das Folgende zeigen wird.

1. Okt.	4 st.	=	56 Pfd.
12. „	4 st. 1 lb	=	57 Pfd.
25. „	4 st. $3^1/_2$ lb	=	$59^1/_2$ Pfd.
15. Novbr.	4 st. 7 lb	=	63 Pfd.

6. Dzbr. 4 st. $9^1/_2$ lb = $65^1/_2$ Pfd.
16. Jan. 4 st. 13 lb = 69 Pfd.
30. Jan. 5 st. $2^1/_2$ lb = $72^1/_2$ Pfd.
21. Febr. 5 st. $10^1/_2$ lb = $80^1/_2$ Pfd.
3. April 6 st. = 84 Pfd.

IV. Charcot[9].

Ein 18jähr. Mädchen, das seit 2 Monaten krank war. Sie war Augenzeugin, wie am 7. oder 8. Jan. 88 des abends um 6 Uhr ein Kind von einem Eisenbahnwagen zerquetscht wurde. Pat. schrie sofort auf: „Ich fürchte mich schrecklich!“ und äusserte am nächsten Tage, dass ihr von dem Anblick Arme und Beine wie abgeschlagen waren. Sie schlief seitdem nicht mehr ordentlich, träumte auch wiederholt von jenem Unfall. Seitdem war sie sehr verstimmt und traurig, ihr Charakter wie ausgewechselt. Am 18. März schrie sie nach dem Essen plötzlich auf: „Ich ersticke, ich ersticke!“ Und seitdem trat dieser Zustand ein, sobald sie etwas zu sich nahm, auch wenn es nur Suppe war. Sie konnte nichts mehr hinunter bringen und wollte deshalb auch nichts mehr essen. Es schmeckte ihr nicht mehr und sie hatte auch keinen Hunger. An sonstigen Magenbeschwerden litt sie nicht. Charcot erklärt auch diesen Fall für einen solchen von hysterischer Anorexie, wenn auch in kleinerem Maassstabe, nicht in der gewöhnlichen, schweren Form. Über den weiteren Verlauf ist nichts mitgeteilt.

V. Charcot[10].

14jähriges Mädchen aus Angoulème, das seit mehreren Monaten stark gewachsen war und seitdem anfing, sich gegen jede Nahrungsaufnahme zu sträuben, obwohl weder Schlingstörungen noch ein Magenleiden vorlag.

Charcot riet den Eltern schriftlich, vor allen Dingen die Kranke in eine Anstalt zu bringen. Die Eltern thaten dies nicht und nach 6 Wochen wurde Charcot durch einen Collegen zu der Kranken geführt, die inzwischen ganz heruntergekommen war. „Ein grosses Mädchen von 14 Jahren im letzten Stadium der Abzehrung und des Marasmus, in Rückenlage, mit erloschener Stimme, kalten lividen Extremitäten, herabsinkendem Kopf". Nur mit grösster Mühe gelang es, die Eltern zu einer Trennung von dem Kinde zu bewegen. „ . . . Die Resultate zeigten sich rasch und in wunderbarer Weise. Das Kind war mit der wartenden Schwester und dem Arzt des Hauses allein geblieben, weinte ein wenig, eine Stunde oder darüber, und zeigte sich weit weniger verzweifelt, als man hätte erwarten sollen. Noch am selben Abend willigte es trotz seines Widerstrebens ein, die Hälfte eines kleinen Zwiebacks in Wein getränkt zu nehmen. An den folgenden Tagen nahm es ein wenig Milch, Wein, Suppe und etwas Fleisch zu sich; die Ernährung machte Fortschritte, langsam, aber beständig.

Nach 14 Tagen war die Nahrungsaufnahme verhältnissmässig befriedigend, mit der Körperzunahme kamen die Kräfte wieder, so dass ich sie nach einem Monat im Lehnstuhl sitzend und fähig fand, das Haupt vom Kissen zu erheben. Sie konnte auch schon ein wenig gehen, man nahm jetzt die Hydrotherapie zu Hilfe und nach 2 Monaten, vom Beginn der Kur an gerechnet, durfte man sie fast als vollkommen geheilt betrachten; Kräfte, Appetit, Körperfülle liessen nichts mehr zu wünschen übrig.

Als ich dann das Mädchen befragte, bekam ich

folgendes Geständniss zu hören. „Solange Papa und Mama mich nicht verlassen haben, mit andern Worten, so lange sie nichts durchgesetzt hatten — denn ich merkte wohl, dass sie mich einschliessen lassen wollten, glaubte ich, dass meine Krankheit nicht gefährlich sei, und da ich einen Ekel vor dem Essen hatte, ass ich nicht. Aber als ich sah, dass Sie der Herr geworden sind, bekam ich Furcht; ich habe trotz meiner Abneigung zu essen versucht, und dann ist es allmählich gegangen".

VI. Sollier[12].

17jähriges Mädchen. Vater und Onkel „hirnverbrannt". Vom 8. Jahre an litt sie an galligem Erbrechen und Nasenbluten, sobald sie ein Examen zu bestehen hatte. Später trat dasselbe ganz mühelos und ohne scheinbaren Grund auf, mit vorangehender leichter Nausea. Es scheint dies ererbt zu sein, da auch ihr Vater und ihre Tante mütterlicherseits die gleiche Eigenschaft zeigten. Mit $12^1/_2$ Jahren nach einem Anfall von Intermittens bekam sie die Menses, die regelmässig blieben. Mit 14 Jahren gastrisches Leiden. Gegen Ostern 89, infolge eines langen Spazierganges ohne irgend einen Zwischenfall, klagte sie über Übelkeit und kaum nach Hause gelangt, erbrach sie 2 Stunden lang Galle ohne Aufhören, ohne Anstrengung, ohne Schmerz im Magen oder Leber. Schliesslich kam auch etwas Blut. Von da ab jeden Tag Gallenbrechen. Gleichzeitig ass sie ungeheuer und war unersättlich. Nach 14 Tagen nur noch zeitweise Galle erbrochen, dagegen Speise. Dies dauerte bis zum Dezember, ohne Abmagerung. Am 19. Januar 90 kleiner Anfall von Überreizung infolge heftigen Schrecks nach einem Donnerschlag. Später

8 Tage Influenza, infolge deren wieder häufiges Erbrechen. Sie ass sehr viel, erbrach aber sofort oder $^1/_2$ Stunde nach dem Mahle, grünlich gefärbte Massen. Am 15. Februar bekam sie 12 Tage die Regeln, und erbrach von da ab mehrmals, ohne ersichtlichen Grund, teils Speisen, teils Galle. Von da an fühlte sie keinen Hunger mehr und wollte nichts mehr esssen. War bettlägerig und trank nur noch Milch und Champagner. Der Schlaf verschwand. Beträchtliche Amnesie, erkennt niemand. Glockenläuten und Eisenbahnrasseln verursachen Anfälle von Contractur in den oberen Extremitäten.

Ostern 14 Tage Amanrose.

Im März stellen die Ärzte die Diagnose: Peritonitis. Man giebt ihr grosse Mengen schwarzen Kaffee. Danach grosser hysterischer Anfall, $^3/_4$stündige Lethargie. Im März, April und Mai Ernährung durch Klysma. Nimmt selbst keine Milch mehr, nur ab und zu wenig Wasser und Fleischbrühe. Weigert sich zu essen, weil der Hals zusammengezogen sei, der Magen brenne; hat gar kein Hungergefühl, auch keinen Durst, trinkt nur, um zu urinieren". Sie war unleidlich und tyrannisierte die charakterschwache Mutter.

Im Mai zum letztenmal Gallenbrechen.

Seit März Störungen im Urinieren, zuerst Retention, dann Incontinenz, mit Anästhesie. Bald auch Incontinenz von Fäcalien.

Leichte Beugecontractur der Beine; schläft keine 2 Stunden; im April Albdrücken; Gesichtshallucinationen. Amnesie nimmt zu. Vergisst, dass sie einen Bruder hat, erkennt den Vater nur an der Nase, den Arzt an der Uhrkette u. s. w.

In diesem Zustand kommt sie zu Sollier durch

Dr. Hiltinel am 10. Juni 1890. Die 1,72 m grosse Pat. wog nur 58 Pfd. Beine unbeweglich; die Stimme kraftlos, Körper zum Skelett abgemagert; Haut trocken und runzelig; die sehr glänzenden Augen tiefliegend; Augäpfel hervorquellend; Gesicht blass. Die Haare fallen aus. Herzschlag schwach und beschleunigt; Puls fadenförmig und leicht zu comprimieren; nichts bei der Auscultation der Brust; Magen sehr zusammengezogen. Anästhesie des Pharynx; allgemeine Hypästhesie, links stärker. Keine hysterogenen Punkte.

Sollier schickt die Mutter hinaus, lässt ein Beefsteak bringen und allein bei der Pat. befiehlt er ihr, einige Bissen zu schlucken. Sie nimmt einen mit Schwierigkeit, dann zwei, weigert sich entschieden, den dritten zu nehmen. Sie beisst die Zähne zusammen, sieht immer nach der Thür in der Hoffnung, die Mutter würde ihr zu Hilfe kommen. Sie thut den charakteristischen Ausspruch: „Oh! je ne suis pas encore sous votre domination!“

Sollier überredet die Mutter zu einer scheinbaren, ostentativen Abreise. Sagt der Pat., ihre Mutter käme nicht eher wieder, ehe sie nicht ordentlich ässe. Magischer Erfolg! Das Beefsteak wird ohne Weigern und ohne Krampf gegessen. Damit sie nicht bräche, drohte S. mit gewissen Mitteln, denen sie nicht widerstehen würde. Sie brach nicht mehr und versuchte es auch gar nicht. Am Abend genoss sie Suppe, Fleisch, Milchspeise in genügender Menge.

Seitdem ass sie regelmässig und alles ohne Unterschied in entsprechender Menge für ein Mädchen ihres Alters. Weder Krampf in der Kehle noch Magenschmerzen, kein Erbrechen oder Übelkeit.

Sie wog:	10. Juni (Eintritt)	58 Pfd.	
	15. „	61 „	350 gr.
	19. „	63 „	
	22. „	64 „	
	1. Juli	65 „	430 gr.
	6. „	67 „	
	15. „	71 „	
	29. „	73 „	
	25. Okt. (Entlassung)	89 Pfd.	

In $4^1/_2$ Monat 31 Pfd. Zunahme. Alle krankhaften Erscheinungen schwanden. Seit der ersten Nacht 10—12 Stunden Schlaf ohne Unterbrechung. Amnesie verschwand in 14 Tagen. Die Incontinentia urinae folgte. Sobald transportabel, kalte Douchen, gut vertragen. Nach 2 Monaten fängt sie an zu gehen, nach 3 Monaten kann sie allein ziemlich weite Strecken gehen, nur leichtes Hinken als Zeichen geringer Schwäche. Zwei Monate war sie völlig isoliert, jede Correspondenz verboten. Pat. verlässt am 25. Okt. die Anstalt nach $3^1/_2$monatlicher Behandlung ohne jedes Zeichen von Hysterie. Die Regeln, die seit dem Februar ausgeblieben waren, kehrten im September wieder.

VII. Sollier[11], 2.

Eine 25jähr. Frau kommt am 9. Mai 91 zu Sollier. Hatte als Kind keine Krämpfe. Mit 8 oder 9 Jahren 2 Monat galliges Erbrechen, plötzlich gehemmt durch Verordnung eines Arztes, der nicht ihr gewöhnlicher Arzt war.

Erbrechen wiederholt sich in ihrer Jugend öfter ohne bestimmte Ursache. Mit 10 Jahren kam sie in Pension, die sie aber bald verliess, weil sie Peritonitis (?) bekam, die nach 6— 8 Wochen infolge Application

eines Blasenpflasters plötzlich verschwunden sei. Ausserdem hatte sie Anfälle von Somnambulismus, grämte sich, weil von ihrer Familie getrennt. Bildete sich ein, jemand ihren Angehörigen sei von einem Unglück, einer Krankheit betroffen.

Mit 13 Jahren menstruiert. Verheiratet mit 22. Coitus verhindert durch intensiven Vaginismus. Mit 18 Jahren verlor sie Schlag auf Schlag die Eltern unter sehr traurigen Umständen. Seitdem complete Amnesie. Musste alles neu lernen, selbst die elementarste Orthographie. Von Zeit zu Zeit Ohnmachten. Langdauernde Schlaflosfigkeit. Seit einem Jahr häufige Anfälle: Kreisbogen, Verzerrungen. Vorübergehende états seconds. Schlecht menstruiert während des Winters 89. Unterdrückung der Regeln, dann zu häufige Wiederkehr. Genoss gegen Ende des Jahres 2—3 Wochen nur Milch, alles andere widerstand ihr. Litt ausserdem am Magen. Die geringste Widerwärtigkeit verdarb ihr den Appetit oder die Digestion. Ging aufs Land, fing etwas an zu essen, aber ohne Appetit.

Seit Januar 91 absolut kein Appetit. Ass indessen noch „weil Essenszeit sei", von allem, aber nur sehr wenig. Februar Wiederkehr der Krisen, besonders zur Zeit der Verdauung. Häufiges Gallenbrechen. Im April 8 Tage völlig ohne Nahrung. Beim Versuch zu essen das Gefühl einer Kugel im Hals, Ersticken, leichter Schmerz im Oesophagus. Sofortiges Erbrechen.

Beim Eintritt, 9. Mai:

Allgemeine Anästhesie, rechts ausgesprochener. Absolute Anästhesie des Pharynx. Keine hysterogenen Punkte. Doppelseitige Ovaralgie. Sehschärfe rechts vermindert, keine Farbenblindheit, leichte Verengerung

des Sehfeldes rechts. Makropsie. Wenn sie einige Zeit ohne Nahrung blieb, hielt sie die gereichte Nahrungsmenge für enorm, weigerte sich, erschreckt über ihr Volumen, zu essen. Minderung des Gehörs links.

Leichte Krisen; kein Schrei; Kreisbogen, Verdrehungen, Bewusstlosigkeit. Leichte Contractur der oberen Extremitäten. Seit 18 Monaten häufige Steifigkeit in den Beinen. Gross und lang aufgeschossen. Sehr abgemagert. Gewicht mit Kleidern 90 Pfd. Seit 3 Wochen geniesst sie nur Wasser, wenn zu etwas anderem gezwungen, erbricht sie. Verweigert systematisch jede Nahrung, behauptet, nichts zu bedürfen, man solle sie in Ruhe lassen, befände sich so sehr wohl. Hält im poetischen Überschwang das Essen für etwas zu Prosaisches, wird leider von ihrem Gatten und ihrer Umgebung noch wegen dieses Zartgefühls bewundert. Verlässt kaum das Bett wegen ihrer Schwäche und der Schwierigkeit, zu gehen.

Sollier kündigt ihr an, in einer halben Stunde müsse sie essen. Diese Aussicht genügt, einen kleinen Anfall hervorzurufen. S. zwingt sie zunächst, einen Löffel Suppe zu nehmen. Macht Miene, ihn von sich zu geben. S. droht ihr, indem er sie merken liess, dass von ihren Verwandten niemand zu ihrer Hilfe da sei, er würde sie durch spezielle Proceduren zwingen, zu essen und das Genossene bei sich zu behalten. Das genügt; sie isst die ganze Menge und behält sie. Am nächsten Tag versucht sie, das Frühstück zurückzuweisen. Die Drohung, man werde S. holen, genügt. Seitdem isst sie regelmässig. Am Tag nach ihrem Eintritt leichte Krise, dann nur selten. Regel stellt sich ein. Schlaf besser, doch nicht genügend. 24. Mai Gewicht 94 Pfd.

Versucht den Arzt zu täuschen, nicht zu essen. Stillstand der Gewichtszunahme verrät sie; isst wieder. Dann nimmt sie ihr Mann, der für sie die Langweile fürchtet, weil sie jetzt wieder isst, am 6. Juni aus der Anstalt, trotz S.'s Rat und Besorgniss vor einem fast sicheren Rückfall. Sie wog damals 96 Pfd., eine Gewichtszunahme von 6 Pfd. in weniger als einem Monat.

VIII. Sollier[11] 3.

28jährige junge Dame, eingetreten am 18. Mai 90.

Nicht viel bemerkenswertes über erbliche Belastung. Vater starb an Herzleiden; Mutter ist sehr reizbar und nervös, hat ihre Tochter sehr verzogen. Diese hat als Kind keine Krämpfe gehabt, aber seit ihrem 6. Jahr fast continuirlich mehr oder weniger lebhafte Kopfschmerzen.

Seit ihrem 7. Jahre langweilt sie sich fortwährend. Alles ist ihr gleichgültig. War während ihrer Jugend Nachtwandlerin. Mit 7 Jahren Typhus, mit 14 Jahren fièvre muqueuse (?), charakteristisch durch unbezwingliches Erbrechen und Fieber, ohne Diarrhoe. Seit 14 Jahre hysterische Anfälle, Anfälle von Katalepsie, vorübergehende Anorexie, nervöses Erbrechen. Seit einem halben Jahre all dies bedeutend intensiver. Alle möglichen Diagnosen, die verschiedensten Behandlungen. Die unglückliche Idee, ihr Injectionen von Morphium und Atropin zu geben, die sie sich seit zwei Jahren angewöhnt hat. Ernährung mit Faucher'scher Röhre versucht, aber aufgegeben wegen der beim Einführen auftretenden Anfälle. Aufenthalt in Néris brachte leichte Besserung, aber seit September 89 Verschlimmerung. Häufige Convulsionen, Schlingkrämpfe,

Paraplegie rechts, völlige Anorexie seit 4 Monaten, ohne Erbrechen; beträchtliche Abmagerung.

So kam sie am 18. 5. 90 zu Sollier. Gewicht 59 Pfd. Kann sich kaum aufrecht halten, fällt in eine Art Katalepsie, sobald man sie bewegt. Nimmt seit 3 Wochen nur noch tgl. etwa $^1/_2$ Glas Milch, auch dies nur, wenn sie 1 Std. vorher und unmittelbar hernach je eine Morphiuminjection erhält. Trotzdem häufig bei Berührung des Pharynx durch die Flüssigkeit heftige Pharynx- und Oesophagus-Krämpfe, heftige epigastrische Schmerzen. Diese Anfälle verallgemeinern sich oft und sie bekommt einen hysterischen Anfall mit Schreikrämpfen, Kreisbogen, Extase, Hallucinationen, der 3—5 Stunden dauert.

Verbraucht täglich 6—8 ctgr. Morphium mit Atropin.

Vollkommene Anästhesie des Rumpfes und der Extremitäten. Steigerung der Patellarreflexe. Verlust des Muskelsinns. Doppelseitige Ovaralgie. Zahlreiche hysterogene Punkte, unter den Mammae, an den Wirbeln, Kopf und Bauch.

Familie willigt ein, sie sofort und völlig zu isolieren.

Wird am 1. Tage mit Leichtigkeit hypnotisiert und so ohne Auftreten von Anfällen ihr ein Bissen aus Milch, Eigelb und Fleischpulver verabreicht. In gleicher Weise noch 3mal im Laufe des Tages. Die Morphiumdosis wird auf 3 ctgr. herabgesetzt. In der Nacht leichte Entziehungsphänomene: Kolik, Gähnen, allgemeine Unbehaglichkeit.

Bekommt 3 grosse Bissen Tapioka in Milch mit 1 Eigelb in Hypnose.

21. Mai: Der erste Bissen Tapioka in Hypnose der 2. wachend nach hypnotischer Suggestion, der 3.

ohne Hypnose, auf einfachen Befehl hin. Trotzdem kein Krampf, nur wenig Schmerz. Nimmt nur 1 ctgr. Morphium. 22. Mai: gute Verdauung. Genügender Schlaf, nach einfachen Befehl zu schlafen. Morphium ganz unterdrückt. Morgens isst sie gut auf Befehl, ohne Hunger zu haben. Abends nicht mal Befehl nötig. Trotzdem neue hypnotische Suggestion zur Verstärkung der Wirkung.

23. Mai: Wagt nicht zu essen. Es genügt, sie zu erinnern, dass sie es gestern gekonnt. Kann im Fauteuil sitzen.

24. Mai: Besserung hält an. Am Abend Krampfanfall ausserhalb der Mahlzeit, ohne ersichtlichen Grund.

25. Mai: Isst alles und geht allein, wenn auch schwierig. Kalte Douche.

26. Mai: Anfälle von Krämpfen und Lethargie.

27. Mai: Anfall von hysterischem Mutismus nach kleinem Ärger.

28. Mai: Mutismus verschwindet von selbst. Nach dem Essen Schluckenanfälle.

Gewicht: 61 Pfd.

2. Juni: Bei Berührung Katalepsie oder Lethargie. Oedem des rechten Beins mit Hyperästhesie. Nachts Anfall von ambulatorischem Automatismus.

3. Juni: Schlaffe Paralyse des rechten Beins. Gewicht 69 Pfd.

10. Juni: 73 Pfd.

19. Juni: 79 Pfd. Paralyse dauert fort, aber die Krämpfe seltener. 4–5 Stunden Schlaf bei Nacht. Apathie, Indifferenz gegen alles, Langeweile. Fürchtet immer einen Rückfall und glaubt nicht an die Möglichkeit einer Heilung. Sobald sie sich weniger wohl fühlt,

wieder Anorexie aus Mangel an Hungergefühl. Alsdann auch Verlangen nach Morphium. Findet, dass sie dieses ebenso erhält als Nahrung, bequemer sei, ihrer apathischen Natur angenehmer.

Im weiteren Verlauf der Krankheit noch eine Reihe von sehr verschiedenen Anfällen: Contracturen, Paralysen, Hyperästhesie, Hallucinationen, ambulatorischer Automatismus, Mutismus, Pseudo-angina pectoris, Makropsie, Diplopsie, Echinokinesis etc.

Die Hypnotisation wurde aufgegeben, sobald die Anorexie beseitigt war.

Pat. wurde am 18. Januar 91 entlassen, nur noch mit vorübergehender Parese des rechten Beins. Das Gewicht war 95 Pfd., also 36 Pfund mehr als bei der Aufnahme. Seitdem hat sich ihr Zustand gut gehalten.

IX. Sollier [11] 4.

23jähriges Mädchen, am 20. Juni 90 aufgenommen.

Vater sehr nernös, oft Migräne mit Erbrechen. Ein Onkel väterlicherseits, an Herzkrankheit gestorben, war sehr nervös, hatte ebenfalls häufig Migräne mit Erbrechen. Pat. hatte mit 13 Jahren Typhus, sich gut erholt. Regel mit 15 Jahren, seitdem regelmässig. Mit 16 Jahren plötzlich Gastralgie ohne bekannte Ursache. Gefühl der Zusammenziehung im Magen, dann Erbrechen ohne Anstrengung. Diese Anfälle kehren alle 2—3 Monate wieder während zweier Jahre.

Mit 19 Jahren hatte sie Pleuritis (?), nach der die Regeln 9 Monate fortblieben. Während dieser Pleuritis mehrere Nervenkrisen, nach denen sie sehr nervös war: andauernde Kopfschmerzen, zeitweiser Verlust des Appetits, nervöse Zuckungen beim geringsten Anlass, unruhiger Schlaf, Albdrücken. Im Dezember 89 Rückfall.

Am 29. Dezember infolge heftiger Aufregung intensiver Kopfschmerz, mit intellectueller Stumpfheit; bettlägerig. Kann den Kopf nicht vom Kissen erheben, unerträglicher Schmerz im Schädel verhindert jede Bewegung oder Berührung. Das geringste Geräusch steigert die Schmerzen. Nach einigen Tagen sich wiederholende Anfälle: Nystagmus, Ein- und Aufwärtsrollen der Bulbi, tonische Erschütterungen der oberen Extremitäten, Kreisbogen etc. Man dachte an Meningoencephalitis. Konnte sich nicht rühren, nicht sprechen, schien bewusstlos. Am 7. Februar, infolge angenehmer Erregung, verschwanden diese Anfälle plötzlich, nur etwas Kopfschmerz blieb.

Seit Januar hypnotisiert, um zu schlafen; geniesst nur kleine Mengen Milch, die mit der Flasche gegeben werden.

Februar wegen grosser Schwäche im Bett, durch hypnotische Suggestion ans Essen gewöhnt. So bis 4. April. Ende März aufgestanden. Schwach, aber weder Paralyse noch Contractur.

5. April, infolge Aufregung, Erbrechen trotz Suggestion, geniesst bis 27. April nur Zuckerwasser, das sie aber gleich wieder ausbricht. Erbrechen mühelos. Kein Schlundkrampf, kein Magenschmerz.

Wiederkehr des Kopfwehs, weniger heftig. Muss immer hypnotisiert werden, um schlafen zu können. Die Suggestionen schränken Ende April das Erbrechen ein. Sie kann etwas flüssige Nahrung geniessen, behält sie bei sich; feste verursacht Gefühl von Brennen und Zusammenziehen im Magen und wird $^3/_4$ Stunden nach der Aufnahme erbrochen. Flüssigkeiten verursachen dieselben Gefühle, werden aber nicht erbrochen.

4. April wieder bettlägerig. Anfälle wie früher. Derselbe Zustand des Verfalls. Liegt regungslos, allgemeine Schwäche.

Im Mai leichte Besserung. Doch immer noch Anfälle, manchmal mit Delirium, häufiges Erbrechen. In diesem Zustand kommt sie am 20. Juni zu Sollier.

Nicht sehr abgemagert. Kann nicht gehen, sich kaum bewegen. Hebt man sie auf, so treten die oben geschilderten Zustände ein: Nystagmus etc.

Weigert sich entschieden, Nahrung zu nehmen, besonders Bouillon, die ihr am meisten widerstehe. Die Mutter bezeugt in ihrer Gegenwart ihren Zweifel am Erfolg der Kur, sagt, was fast alle Mütter von Hysterischen sagen: „Il est possible que ça réussisse avec d'autres, mais vous ne connaissez pas ma fille et vous verrez qu'elle n'est pas du tout comme les autres et qu'on ne peut pas lui faire faire ce qu'elle ne veut pas".

Solange die Mutter anwesend, isst sie nicht. S. besteht nicht darauf, da er weiss, dass es nutzlos ist. Am nächsten Tag, nach Abreise der Mutter, erklärt er der Kranken, sie habe jetzt nur mit ihm zu thun und müsse essen, wenn sie ihn nicht zwingen wolle, sie in sehr unangenehmer Weise zu behandeln. Sie isst sofort alles, was ihr gebracht wird, nur keine Bouillon, aus Eigenwille, weil sie sie tags zuvor so kategorisch zurückwies. Nach 3 Tagen nimmt sie auch diese. Von Störungen der Sensibilität zeigte sie Anästhesie des Pharynx und der Conjunctiva. Keine Verengerung des Sehfeldes, keine Dyschromatopsie oder Achromatopsie. Leicht hyperäthetischer Punkt am Scheitel. Muskelsinn erhalten. Verminderung der Hörschärfe rechts (seit dem Typhus, daher nicht massgebend). Hyperästhesie

des Geruchs wechselnd mit Anästhesie. In Summa wenig Stigmata.

Die beiden ersten Tage hypnotische Suggestion gegen die Schlaflosigkeit. Dann von selbst Schlaf. Stand auf am 25. Juni nach Suggestion, am 27. ging sie von selbst. Die Anfälle seit dem 23. Juni verschwunden, zu gleicher Zeit Eintritt der Regel.

Sobald sie aufstehen kann, Hydrotherapie.

Schlaf gut, nur manchmal Albdrücken. Von Zeit zu Zeit leichter frontaler Kopfschmerz. Appetit vorzüglich.

Nach 6 Wochen Behandlung wird die Kranke am 2. August vollständig geheilt entlassen.

X. Wallet[12] 1.

Pat. 17 Pahre alt kommt in die Wasserheilanstalt zu Auteuil. Stark abgemagert, Knochen treten stark hervor, Muskulatur sehr deutlich sichtbar. Haut glanzlos, welk, kalt und klebrig; Augen tiefliegend; Lippen aufgeworfen; Zunge belegt; Athem stinkend. Die Haut an den Beinen mit kupferfarbenem Ausschlag, leichtes Oedem auf dem Fuss und an den Knöcheln. Regel seit mehreren Monaten ausgeblieben. Habituelle Verstopfung. Körpergewicht 27,67 kg. Keine Störung der Sensibilität, keine hysterogenen Punkte, leichte Verengung des Sehfeldes.

Pat. darf in den ersten Tagen auf Wunsch ihre Spaziergänge fortsetzen, welche sie auf den ganzen Nachmittag auszudehnen pflegt, unter der Bedingung, dass sie isst, was ihr vorgesetzt wird; sie macht dabei keine grossen Schwierigkeiten. Verdauung ohne Schmerz oder Beschwerde. Nach einigen Tagen noch keine Zunahme des Gewichts und Abnahme der Magerkeit.

Verbot der Spaziergänge ausserhalb der Anstalt. Pat. läuft den ganzen Tag im Garten umher. Will offenbar mager bleiben. Sie darf jetzt auch das Zimmer nicht mehr verlassen. Heftiges Tollen und Bewegungen aller Art. Es werden ihr die Kleider genommen, um sie im Bett zu halten. Sowie sie allein ist, fängt sie zu toben an. Der Vater holt sie ab. Sie will nicht essen, um nicht stark zu werden. Das Gewicht hat aber später doch wieder zugenommen. Auch die Menstruation stellte sich wieder ein.

XI. Wallet[12] 2.

Pat. kommt mit $12^1/_2$ Jahren zur Erziehung ins Kloster. Hält sich für zu dick, nachdem sie gesehen, dass Kameradinnen sich mager machen, indem sie Essig trinken und nicht ihrem Hunger entsprechend essen. Darum isst sie wenig und nur, wovon sie weiss, dass es dem Magen schlecht bekommt. Dennoch stirbt sie erst nach 2 Jahren. In der Zeit isst sie nur saure Früchte u. dgl. und magert reissend ab. Erklärt wörtlich: Es ist wie eine Gewalt, welche mich abhält, wenn ich essen will. Ich will überhaupt nicht wachsen, und das ist wie eine Art Manie. Ich will lieber so sein, als wie früher. Nachdem ich einige Zeit lang nicht gegessen, ist der Appetit verschwunden, ich bin mehrere Monate ohne Hunger gewesen. Später ist der Hunger wiedergekommen. Jetzt möchte ich essen, aber es ist stärker als ich, ich kann nicht; es ist, als wenn es mir verboten wäre. Ich möchte noch Dinge essen, welche nicht nähren; wovon ich aber weiss, dass es nährt, das mag ich nicht. Wenn ich wüsste, dass ich nicht zu stark werden würde, so würde ich vielleicht die Kraft haben,

diesen Widerwillen zu überwinden. Nur Gewalt kann helfen, oder wenn man mir den Gedanken aus dem Kopf bringen kann.

Über die Behandlung dieses Falles ist nichts angegeben.

Anfang dieses Jahres kam nun hier in der Kiinik von Herrn Prof. v. Strümpell ein ähnlicher Fall zur Beobachtung, den mitzuteilen vielleicht von Interesse ist.

Krankengeschichte.

Pat. ist $14^1/_2$ Jahr alt. Aufgenommen am 6. Februar 1896. Vater der Pat. lebt noch. Mutter starb am 6. VI. 95 an der Zuckerkrankheit. Pat. hat noch drei jüngere Brüder, welche alle gesund und sehr kräftig sind.

Ende Juli und August 1895 war sie wegen Bleichsucht in Alexandersbad. Dort musste sie folgende Kur durchmachen: um $^1/_2 6$ Uhr bekam sie eine kalte Abreibung; ging dann $^1/_2$ Std. spazieren. $^1/_2 7$ Uhr Frühstück: Milch mit Schwarzbrod und Butter. 9 Uhr ein Glas Stahlwasser. 10 Uhr ein Sitzbad. $^1/_2 1$ Uhr Mittag, dazu 1 Glas Rotwein. 3 Uhr $^1/_4$ Liter Milch. 5 Uhr 1 Glas Stahlwasser. $^1/_2 7$ Uhr Abendessen. $^1/_2 8$ Uhr $^1/_4$ l Bier. $^1/_2 10$ Uhr ging sie zu Bett. Die Periode kam zum erstenmal im Herbst 94; sehr profuse Blutungen. Diese waren regelmässig bis Ende April 95. Von da ab hat sie die Periode immer gehabt. Seit Anfang September wurde sie immer magerer. Im November hatte sie einige Wochen Magenkatarrh, war aber trotzdem immer auf. Als der Magenkatarrh unter ärztlicher Behandlung verschwunden war, vertrug der Magen alle Speisen, sie hatte aber gar keinen Appetit. Sie nahm

immer mehr an Gewicht ab. Anfang Januar war sie 14 Tage in einer Nürnberger Frauenklinik. Der untersuchende Arzt fand alle Organe gesund, soll aber gemeint haben, es könne im Darm etwas liegen. Sie wurde alle Tage elektrisiert und massiert. Doch stellte sich auch hier kein Appetit ein. Zum Mittagessen musste sie Nutrol, zum Kaffee Somatose nehmen. Sie sei niemals müde geworden. Konnte auch bis jetzt noch mehrere Stunden Schlittschuhlaufen und spazieren gehen, ohne müde zu werden.

Nach den Angaben des Vaters der Pat. litt ihre Mutter schon vor der zum Tode führenden Erkrankung viel an Nervosität; auch der Vater der Pat. leidet an neurasthenischen Beschwerden.

Körpergewicht:

am	6. II. (Eintrittstag)	74 Pfd.
„	10. II.	75 Pfd. 200 gr.
„	13. II.	80 Pfd. 300 gr.
„	20. II.	86 Pfd. 200 gr.

Vom 8. II. ab wurde Pat., nachdem sie die ersten beiden Tage ihres Aufenthalts nur sehr wenig Nahrung, und diese nur auf dringendes Zureden zu sich genommen hatte — die Kranke sagte schon zu Beginn der Mahlzeit: „ich bin so voll!“ und fing bei längerem Zureden zu weinen an — künstlich durch Eingiessen mit der Schlundsonde ernährt. Ein Probefrühstück — die Kranke konnte nur zur Einnahme $^1/_2$ Semmel, die ihr stückweise in den Mund geschoben wurde, bewogen werden — $^3/_4$ Std. nach Einnahme herausgehebert, ergab das Vorhandensein von reichlicher Salzsäure.

Die eingegossenen Nahrungsmengen wurden täglich etwas vermehrt und zwar vorzüglich auf Kosten der

Consistenz, weniger durch Vermehrung der Flüssigkeit. Erbrochen hat Pat. niemals, sie klagte nur und zwar anfangs mehr als später — über Völle im Magen. Vor- und Nachmittags unternahm sie kleine Spaziergänge. Der Schlaf war stets gut, im Harn bei mehrmaliger Untersuchung weder Zucker noch Eiweiss; bisweilen starker foetor ex ore.

Während bis zum 16. Februar Pat. ihre Nahrung nur durch die Sonde bekam, konnte sie von da ab bestimmt werden, vor der Mittags- und Abendeingiessung $^1/_2$ Tasse Bouillon und $^1/_2$ Tasse Milch selbständig zu nehmen. Vom 20. Februar ab, nachdem das Körpergewicht von 74 Pfd. auf 86 Pfd. gestiegen war, wurde die Sondenernährung aufgegeben, und nahm Pat. wieder selbständig und entschieden reichlicher, als im Beginn ihres Hierseins, Nahrung zu sich.

Die vom 8. II. bis zum 19. II. eingegossenen Nahrungsmengen sind aus der angefügten Tabelle zu ersehen.

Die Harnmenge betrug im Durchschnitt (Mittel von 35 Tagen) 1450 ccm; das spezielle Gewicht schwankte zwischen 1009 und 1030.

23. II. Das Körpergewicht der Pat. ist seit dem 20. II., dem letzten Tage der künstlichen Ernährung,

von 86 Pfd. 200 gr.

auf 83 Pfd. — gr. zurückgegangen, obgleich Pat., wie aus den anliegenden Tabellen zu ersehen ist, nicht schlecht sich ernährt. Pat. fühlt sich vollständig wohl. Harnbefund vollkommen normal.

26. II. Am 24. II. war das K. G. auf $83^4/_5$ Pfd. gestiegen, seit diesem Tage hat Pat. wieder abgenommen.

25. II. $83^3/_5$ Pfd.

26. II. $83^2/_5$ Pfd.

1. III. Obgleich Pat. mit gutem Appetit die ihr vorgesetzten Mengen (500 gr. Milch und 1 Semmel, Tasse Bouillon, 20 gr. Butter und $^1/_2$ Milchbrod; — 300 gr. Suppe, 120 gr. Fleisch, 100 gr. Mehlspeise, 200 gr. Gemüse, $^1/_2$ l Bier; $^1/_2$ l Milch — 200 gr. Suppe, 150 gr. Nestlemehl zu $^1/_2$ l. Milch) verzehrt, hat sie doch nicht zugenommen.

1. März. K. G. $83^3/_5$ Pfd.

13. März. Nachdem Pat. vom 4. März ($84^1/_5$ Pfd.) bis zum 8. März gar nicht zugenommen hatte, wird sie seit dieser Zeit wieder früh und abends durch die Sonde ernährt; sie bekommt ausser ihrer gewöhnlichen, oben aufgeschriebenen Kost früh $^1/_2$ l Milch und abends $^1/_2$ l Milch mit Ei und 60—100 gr. Nestlemehl.

Allgemeinbefinden dauernd gut. Pat. macht aber immer noch einen deprimierten Eindruck und antwortet nur mit ganz leiser Stimme.

K. G. am 13. März 87 Pfd.

29. März. Obgleich Pat. früh und abends durch die Sonde ernährt wird (früh $^1/_2$ l Milch mit Ei und abends 1 l Milch mit 60 gr. Nestlemehl) hat sie doch mit gutem Appetit in der Früh $^1/_2$ l Milch, 30 gr. Butter und 1 Semmel, mittags etwa 300 gr. Suppe, 120 gr. Fleisch und Gemüse, und 100 gr. Mehlspeise; Nachmittags $^1/_2$ l Milch und abends Suppe, 150 gr. Nestlemehl in 1 l Milch zu sich genommen.

Das K. G. hat dementsprechend zugenommen;

13. März 87 Pfd.
17. „ $88^1/_5$ Pfd.
20. „ $89^3/_5$ Pfd.

24. März 89 Pfd.
27. „ 89 Pfd.
29. „ $90^2/_5$ Pfd.

Nachdem das K.G. über 90 Pfd. gestiegen, wird mit der Sondenernährung ausgesetzt und statt dessen früh morgens um 6 Uhr (400 gr. Milch) und abends um 9 Uhr (60 gr. Nestlemehl) noch 2 Mahlzeiten eingelegt. Pat. nimmt gewissenhaft die ihr vorgesetzten Mengen.

31. März $91^1/_5$ Pfd.

4. April. Pat. hat in den letzten Tagen wieder abgenommen, von $91^1/_5$ auf $89^2/_3$ Pfd. Pat. war nicht zu bewegen, die Extrazulagen früh morgens und abends zu sich zu nehmen; sie machte gar keinen Versuch, die Speisen zu probieren, auch ihr psychisches Benehmen hat sich zu Ungunsten verändert. Pat. ist sehr still, weint viel und giebt kaum hörbare Antworten. Am 5. Juni wurde Pat. durch ihren Vater aus der Klinik wieder abgeholt.

Sie stellte sich am 30. Juni hier wieder vor, in blühender Gesundheit.

Am 6. Juli erhielt ich auf meine Anfrage vom Vater der Pat. einen Brief, in dem er unter anderm schreibt:

„Meine Tochter war, seit sie am Ostersonntag Erlangen verlassen hat, in keiner weiteren ärztlichen Behandlung. Sie hat die Nahrung selbst genommen, musste aber bei den täglichen Mahlzeiten beobachtet werden, dass sie genügend Speise zu sich nahm, was sie oft nur widerstrebend that. Jetzt isst sie ordentlich, ohne weiteres Zureden.

Ihr Gemütszustand war wechselnd heiter, oft auch tieftraurig.

Die Wage fürchtete sie wie Feuer, war aber vollständig aufgeheitert, wenn das Körpergewicht zunahm, und traurig, wenn es gleich blieb oder abnahm.

Von Erlangen zurückgekehrt, wurde sie nicht mehr als Patientin, sondern als Gesunde behandelt, die Speisen waren vollständig mit denen der Familie gleich, auch bekam sie abends Bier.

Bei Rückkehr der traurigen Stimmung wurden ihr diese Grillen ganz ernstlich vorgehalten und ersucht, mit ihrem Wesen nicht sich und die ganze Familie zu quälen.

Seit ca. 3 Wochen hat sie die Trauer für ihre Mutter abgelegt, bekam andere, helle und passende Kleider und war sichtlich erfreut, wie ihr diese passen und dass sie hierin jetzt auch besser aussähe. Sie freut sich, dass Herr Prof. Strümpell erlaubt, dass sie den Herbst in ein Familienpensionat eintritt, sie plaudert und unterhält sich jetzt viel, arbeitet von morgens 6 bis abends im Haushalt und im Garten mit, und es dürften die einigen Grillen, die sie noch hat, (unter anderen, dass sie positiv ihren Willen durchsetzen will) auch baldigst gar aufhören, wenigstens ist sie auf dem guten Wege dazu.

Ihr K. G. war am 31. März in Erlangen $91^1/_5$ Pfd. und am 3. April wegen Sehnsucht nach Hause nur $89^3/_5$ Pfd.

In L. wog sie am

11. April $92^1/_2$ Pfd.
20. „ 93 Pfd.
23. „ 93 Pfd.

4. Mai $93^1/_5$ Pfd.
11. „ $93^2/_5$ Pfd.
27. „ 93 Pfd. 350 gr.
12. Juni 93 Pfd. 150 gr.
heute 6. Juli 93 Pfd. 250 gr.

„Sie misst 1 m 55 cm, wird am 24. August 15 Jahre alt.“

In genau 5 Monaten wäre demnach eine Gewichtszunahme von $19^1/_2$ Pfd. zu konstatieren.

A. Tabelle

der vom 8. bis 19. Februar eingegossenen Nahrung.

8. Februar.	1. Tasse Thee; $^1/_2$ Semmel. 2. Frühstück: Tasse Cacao.
	2. Sagosuppe 250. Milch 600, Nestle 60.
	3. Fleischbrühe 300, Milch 500; tgl. 3 Eier.
9. Februar.	1. Nestle 60, Milch 600.
	2. Schleimsuppe 250, Milch 600, Nestle 80.
	3. Schleimsuppe 250, Milch 300, Nestle 80; tgl. 3 Eier.
10. Februar.	1. N. 80, M. 600.
	2. Sagosuppe 250, Milch 600, N. 80.
	3. „ 250, M. 1 l, N. 100; 3 Eier.
11. Februar.	1. N. 100, M. 900.
	2. Semmelsuppe 300, M. 600, N. 100.
	3. Sagosuppe 250, M. 600, N. 100; tgl. 3 Eier.
12. Februar.	1. N. 100, M. 1 l.
	2. Semmels. 450, M. 900, N. 100.
	3. Semmels. 700, M. 1000, N. 120, tgl. 3 Eier.
13. Februar.	1. N. 120, M. 1200.
	2. Semmels. 450, M. 1100, N. 120.
	3. Semmels. 450, M. 900, N. 120, tgl. 3 Eier.
14. Februar.	1. N. 120, M. 1500.
	2. Semmels. 400, M. 1400, N. 120.
	3. Semmels. 400, M. 1400, N. 120, tgl. 3 Eier.

15. Februar. 1. Semmels. 400, M. 1½ l, N. 130.
2. Semmels. 400, M. 1½ l, N. 130.
3. N. 130, M. 1500, tgl. 3 Eier.

16. Februar. 1. N. 130, M. 1400.
2. Semmels. 400, M. 1½ l, N. 130.
3. Semmels. 400, M. 1½ l, N. 130, tgl. 3 Eier.

17. Februar. 1. N. 140, M. 1½ l, Fleischbrühe mit Ei 100.
2. Semmels. 400, M. 1½ l. N. 140.
3. Semmels. 400, M. 1½ l, N. 140, tgl. 3 Eier, Cacao 100.

18. Februar. 1. N. 140, M. 1½ l, Fleischbrühe mit Ei 150.
2. N. 150, M. 1300, Semmelsuppe 350.
3. Semmels. 400, M. 1300, N. 150, 3 Eier, M. 100.

19. Februar. 1. N. 150, M. 1½ l, Fleischbrühe mit Ei 100.
2. Semmels. 400, M. 1½ l, N. 150.
3. Semmels. 400, M. 1½ l, N. 150, tgl. 3 Eier.

20. Februar. 1. N. 150, M. 1½ l.

B. Tabelle

der seitens der Pat. aufgenommenen Nahrung vom 20.—27. Februar.

20. Februar. Mitt. kl. Teller Suppe, 2 gr. Dampfnudeln; abds. kl. T. Tuppe, 2 Eier, 40 gr. Schinken, ½ Semmel.

21. Februar. 1. Frühstück; 2 Tassen M., ½ Semmel.
2. F.: 1 T. Fleischbr. m. Ei.
M.: kl. T. Suppe, 2 gr. St. Reispudding.
N.: 2 T. M.
A.: kl. T. Suppe, Goulasch m. Makronen.

22. Februar. 1. F.: 2 T. M., 1 S.
2. F.: 1 T. Fleischbr. m. Ei.
M.: kl. T. Suppe, 1 gr u. 1 kl. St. Hackbraten, Blaukraut, ¼ Semmel.
N.: 2 T. M.
A.: 1 T. Suppe, 150 gr Nestlebrei.

23. Februar: 1. F.: 2 T. M., 1 Semmel.
2. F.: 1 T. Fleischbr., ½ Sem.

M. 1 T. Suppe, 1 ganze gebrat. Taube, Kartoffelsalat und 1 St. Torte.
N. 2 T. M.
A.: 1 T. Suppe, N. 150.

24. Februar. 1. F.: 2 T. M., 1 Sem.
2. F.: 1 T. Fleischbr. m. Ei, $^1/_2$ Sem.
M.: kl. T. Suppe, 1 St. Fleisch, Carottengemüse, 1 Schüsselch. Schwarzbeeren. d. ganze Mehlspeise.
N.: 2 T. M.
A.: kl. T. Suppe, 1 Beefsteak mit Reis.

25. Februar. 1. F.: 2 T. M., 1 Sem.
2. F.: 1 T. Fleischbr. m. Ei, $^1/_2$ Sem.
M.: kl. T. Suppe, 1 St. Kalbsbraten, Blumenkohlgem. u. 2 Apfelküchlein.
N.: 2 T. M.
A.: 1 T. Suppe, N. 150.

26. Februar. 1. F: 2 T. M. 1 Sem.
2. F.: 1 T. Fleischbr. m. Ei, $^1/_2$ Sem.
M.: kl. T. Suppe, 1 St. Fleisch, ein ganzes Klös und 1 Schüsselchen Compot.
N. 2 T. M.
A.: 1 T. Suppe, N. 150.

27. Februar. 1. F.: 2 T. M., 1 Sem.
2. F.: 1 T. Fleischbr. m. Ei, $^1/_2$ Sem.
M.: kl. T. Suppe. 1 St. Fleisch, Kartoffelsalat u. die Mehlspeise.
N.: 2 T. M.
A.: 1 T. Suppe, N. 150.

Epikrise.

In unserem Falle handelte es sich um ein erblich nervös belastetes junges Mädchen. Dieselbe hatte zwar bis daher noch keine deutlichen Symptome von Hysterie gezeigt, wohl aber hatte sie im Anfang abnorm grosse Blutverluste bei der Periode gehabt und später eine Kur wegen Bleichsucht durchmachen müssem, beides

Symptome, die man anamnestisch verhältnissmässig häufig bei Hysterischen antrifft.

Dieses erblich belastete, für Hysterie disponierte Mädchen hatte nun in der Zeit, in der wohl am häufigsten sich die ersten deutlichen Zeichen der Hysterie zeigen, im Beginn ihres 15. Lebensjahres, zunächst einen schweren Schicksalsschlag erfahren, indem ihre Mutter starb. Sie begann danach immer magerer zu werden. Dazu kam ein mehrwöchentlicher Magenkatarrh, und als dieser vorüber war, fehlte ihr dauernd der Appetit. Wie kann dies erklärt werden?

Auf das widerstandschwache, „minderwertige" Nervensystem unserer Pat. wirkte der Kummer um den Verlust ihrer Mutter gleichsam als „psychisches Trauma", dem es nicht gewachsen war. Es trat eine abnorme Verschiebung, Lockerung in der mit den psychischen Vorgängen unmittelbar verknüpften Gehirnthätigkeit ein, eine Psychose, die sich aber nicht auf den normalen Verlauf der psychischen Vorgänge selbst beschränkte, sondern Gelegenheit fand, auf die Verknüpfung dieser psychischen Vorgänge mit den rein körperlichen Innervationsvorgängen einzuwirken.

Die Gelegenheitsursache hierzu bildete jener mehrwöchentliche Magenkatarrh. Durch diesen wurde die Aufmerksamkeit besonders angezogen, und so lokalisierte sich die psychische Störung, die Hysterie, in den Beziehungen, den Verknüpfungen zwischen diesem Organ und dem Bewusstsein bezw. den Willens-Vorstellungen der Patientin: der Appetit, der durch den Magenkatarrh allein nur auf vorübergehende Zeit gestört wurde, wurde dauernd vernichtet, weil das Bewusstsein sich inzwischen gänzlich von diesem bestimmten sensorischen Eindruck

abgewendet hatte. Gleichzeitig war die Willenskraft für dieses Gebiet verloren gegangen, die Pat. wollte nicht essen, und ihre Verwandten besassen nicht die moralische Autorität, um dieses psychische Hinderniss zu beseitigen. Dass es sich wirklich nur um eine rein geistige „hysterische" Störung handelte, beweist der negative Befund bei der körperlichen Untersuchung. Auffallend ist auch in diesem Falle das Verlangen nach reichlicher körperlicher Bewegung.

Die Pat. kam noch in verhältnismässig gutem Zustand in die Klinik. Legt man die Tabelle von Quetelet (Physique sociale), die auch in Eulenburgs Real-Encyklopädie unter dem Artikel „Fettsucht" abgedruckt ist, zu Grunde, so ist sie für ihr Alter von 15 Jahren mit 1,55 m etwas zu gross (1,499 m). Das für ihr Alter angegebene Durchschnittsgewicht beträgt 40,37 kg. Somit stände das Gewicht von 37 kg. bei ihrer Aufnahme nicht allzuweit unter der Norm. Auch die Abmagerung war nicht so stark, als sie z. B. das eine Bild bei Gull[4] zeigt. Ferner war bei ihr der Schlaf nicht gestört und alle die anderen, oben erwähnten schweren Symptome fehlten.

Die Krankheit war demnach noch in einem relativ frühen Stadium, deshalb die Prognose für den Erfolg der Kur als eine günstige zu bezeichnen.

In diesem Falle gelang es nicht, die Kranke von Anfang an zu reichlicher, selbstständiger Nahrungsaufnahme durch einfaches Zureden zu bestimmen. Deshalb mussten langsam zunehmende Mengen flüssiger Nahrung mit der Sonde eingeflöst werden. Schon nach 11 Tagen nahm Pat. aber einen Teil der Nahrung. In 14 Tagen stieg das Gewicht unter dieser Behandlung um 12 Pfd.

Vom 15. Tage an ass Pat. gutwillig alles, was ihr vorgesetzt wurde, doch fiel das Gewicht sofort um 3 Pd. und hielt sich bis zum 31 Tage auf gleicher Höhe. Sie wurde deshalb bis zum 52. Tage ausser der gewöhnlichen Kost, die sie mit vorzüglichem Appetit zu sich nahm, früh und abends noch mit der Sonde ernährt. So nahm sie im Ganzen 16 Pfd. zu. Gegen Ostern nahm sie wieder etwas ab, war auch psychisch entschieden wieder weniger gut gestimmt, als vorher, was ihr Vater, jedenfalls auf ihre eigene Angabe hin, von dem Heimweh herleitet.

Als ihr Vater sie in diesen Tagen abholte, lag kein Grund vor, sie länger in der Klinik zurückzuhalten. Einerseits wurde dadurch der letzerwähnte ungünstige Factor ausgeschaltet; andrerseits war, wie der Brief bestätigt, nicht zu fürchten, dass durch ungeeignete Behandlung seitens der Verwandten die Pat. wieder in den alten Fehler verfallen würde. Freundliche Aufmunterung, gepaart mit ernster Ermahnung, und gesunde Thätigkeit befestigten und vollendeten denn schliesslich auch die in der Klinik mit gutem Erfolg begonnene Kur.

Jedenfalls war es auch ein nicht zu unterschätzender Vorteil, dass gerade in dieser Zeit die Trauerzeit zu Ende ging. Mussten doch die schwarzen Kleider die Pat. immer wieder an das Ereignis erinnern, das wir als die primäre Ursache ihrer Psychose angenommen hatten. Wenigstens spricht der damit verbunde Wechsel in der Stimmung der Pat. für diese Annahme.

Diese Krankengeschichte fügt sich augenscheinlich recht gut in den Rahmen des Bildes, das die anderen angeführten Fälle und die allgemeine Charakteristik von der „Anorexia hysterica“ geben.

Ein weiterer Fall wurde von Herrn Dr. Bierbach in Berlin behandelt und mir zur Veröffentlichung gütigst überlassen, wofür ich gleich hier meinen Dank ausspreche. Derselbe ist so charakteristisch, beruht so augenscheinlich auf hysterischer Basis, dass es keiner weiteren Ausführung bedarf.

Fall von Herrn Dr. Bierbach.

Frl. . . 23 Jahre alt. Eltern der Pat. leben und sind gesund.

Im Februar und bis Mitte März 93 wurde Pat. wegen chron. Cystitis behandelt. Ihr Zustand besserte sich zur Zufriedenheit, nur blieb ziemlich starker, ständiger Harndrang zurück.

Im März 94 wurde Pat. von einer Magenerkrankung befallen, die als „Dyspepsia nervosa“ diagnosticiert und unter entsprechender Behandlung beseitigt wurde.

Am 9. Mai wurde Herr Dr. B. wieder zu der Pat. gerufen. Er fand dieselbe bettlägerig, sehr matt. Die Mutter und Pat. selbst gaben an, dass Pat. nichts, auch nicht die kleinsten Bissen geniessen könne, es werde sofort alles erbrochen. Es wurden einige Gefässe Erbrochenes gezeigt, grösstenteils mit schleimigen Massen gefüllt. Bei der Untersuchung fand sich eine starke Schmerzhaftigkeit, in der Ruhe und noch mehr bei Druck, etwa in der Gegend des Übergangs der grossen Curvatur auf den Pylorus. Da dies Verdacht auf „Ulcus ventriculi“ erregte, wurde Pat. bis zum 20. Mai im Bett gehalten und mit Breiumschlägen behandelt. Am 22. Mai wurde sodann eine Ausspülung des Magens vorgenommen.

Pat. sass dabei, ohne Hilfe, auf einem Stuhl. Auf dem Tisch daneben stand etwa 1 l Bouillon bereit. Die Einführung der Sonde machte keine Schwierigkeit. Zu-

nächst wurde etwas Magensaft aspiriert, — eine spätere Untersuchung ergab ganz normale Beschaffenheit desselben —, dann eine zweimalige Durchspülung vorgenommen, und zum Schluss die Bouillon eingegossen. Der Erfolg war vorzüglich: die Flüssigkeit wurde nicht wieder erbrochen.

Dies Verfahren ward bis zum 27. Mai durch den behandelnden Arzt fortgesetzt. Ausserdem erhielt Pat. am 26. Mai ein Ernährungsklystier: eine $^1/_2$ Stunde darauf trat Erbrechen ein.

Pat. hatte alle 2 Tage normalen Stuhl.

Vom 28. Mai an machte sich Pat. die Ausspülungen und die Bouilloneingiessung eigenhändig!

Das K.G. der Pat., das vom Febr. bis Anfang Mai von ca. 120 Pfd. auf 80 Pfd. gefallen war, stieg bei der Sondenernährung bis zum 6. Juli auf 85 Pfd.

Am 7. Juli wagte Pat. bereits, eine Reise in die Schweiz anzutreten, noch dazu mit einem Extrazug, 24 Std. ununterbrochene Fahrt, — im Schirmpacket die Sonde. In Hanau begiebt sie sich mit ihrer Mutter in die Küche der Bahnhofsrestauration und nimmt ihre gewohnte Eingiessung vor!

In Hauenstein, dem Endziel der Reise, erkrankt sie nach 8 Tagen, scheinbar an einer Art Influenza. Da ihr Zustand sich immer mehr verschlimmerte, erklärte der Vater in ihrer Gegenwart, er werde den Arzt holen. Als er nach 2 Sdt. zurückkehrt, findet er die schwerkranke (!) Tochter, die 2 Monate vollkommen bettlägerig gewesen, auf, vollständig gesund!

Von da ab hörte die Sondenernährung auf, Pat. ass am Tisch mit ihren Angehörigen zusammen, zwar wenig, aber ausreichend.

Gleichzeitig begann sich bei ihr ein rastloser Trieb nach Bewegung, ja Übermüdung zu entwickeln. Sie machte z. B. Gebirgstouren von einer Ausdehnung und Schwierigkeit, dass ihre viel kräftigere Schwester ermattet zurückblieb.

Im August kehrte sie, mit einem K.G. von 92 Pfd. nach Berlin zurück.

Sofort begann wieder das alte Leiden. Die Mutter — der Hausarzt war verreist — schickte sie aufs Land. Dort lebte Pat. 4 Wochen einzig und allein von Kaffee. Ende September wurde die Mutter telegraphisch herbeigerufen, um ihre Tochter, zum Skelett abgemagert (72 Pfd.) in Empfang zu nehmen.

Am 14. Okt. wurde Herr Dr. B. wieder zugezogen. Es bestand kein Zweifel mehr an der Diagnose „Hysterie". Zunächst wurde nun eine sehr resolute Pflegerin angenommen, die die Pat. den ganzen Tag nicht verliess. Dieselbe hat nie Erbrechen beobachtet. Kaum hatte sie aber die Pat. auf diese Thatsache aufmerksam gemacht, als plötzlich dafür wieder der alte Harndrang sich einstellte. Derselbe kehrte, und zwar während des ganzen Winters 94/95, fast alle Viertelstunde wieder, ausgenommen während des $1^1/_2$ Stunden dauernden Kirchenbesuches (!).

Nach 8 Tagen ward die Pflegerin entlassen; Pat. war die letzten 3 Tage auf gewesen, das K.G. auf 82 Pfd. gestiegen. Von da an ass Pat. gut; übernahm auch wieder einen Teil der Wirtschaftsleitung, aber in sehr aufgeregt-arbeitsamer Weise. Jeden Nachmittag verfügte sie sich in ihr Zimmer, weint und schreit dort bis 7 Uhr und ergab sich ausserdem, wie sich später herausstellte, dort dem Alkohol in Gestalt von Wein

und Cognac, die sie sich heimlich zu besorgen wusste. Gewicht 89 Pfd.

Am 4. November machte der Arzt, wie schon öfter, den Versuch, Pat. in eine Anstalt zu bringen, aber vergeblich, da sie selbst und die nur allzu nachgiebigen Eltern nichts davon wissen wollten und Anwendung von Gewalt nicht erlaubt war.

So bleibt der Zustand den ganzen Winter über. Im Juli 95 ging Pat. ins Seebad Göhren.

Im August stellte sie sich bei Herrn Dr. B. in der Sprechstunde vor, zu seiner Überraschung kräftig, voll, mit einem K.G. von 130 Pfd., um sich untersuchen zu lassen auf Tauglichkeit — incredibile dictu — als Telephonistin!

Beachtenswert dürfte noch sein, dass Pat. am 30. Okt. 94 von H. Prof. Veit untersucht wurde und dass dieser vollkommen infantile Ovarien und Uterus fand. Dabei war Pat. rechtzeitig menstruiert, die Katamenien waren regelmässig, nie profus. Seit Mitte 93 waren sie spärlicher geworden, seit Mai 94 bestand Amenorrhoe, die erst mit der allgemeinen Besserung in Göhren aufhörte.

Was den Charakter der Pat. betrifft, so wird sie als sehr ehrgeizig, selbstbewusst und scheinbar sehr energisch geschildert. Ihre Eltern schieben die Hauptschuld an dem abnormen Geisteszustand auf grosse Erregung infolge eines nicht bestandenen Lehrerinnenexamens, noch vermehrt dadurch, dass die ältere Schwester der Pat. als tüchtige Lehrerin eine sehr geachtete, vor allen Dingen selbständige Stellung einnimmt.

Litteraturangabe:

1) Lasègue, De l'anorexie hystérique. Arch. gén. de méd. 1873.
2) Gull in den Transact. of the clin. Soc. VII p. 22 1874.
3) Dowse, Anorexia nervosa. Med. Press and Circ. 1882.
4) Gull, Anorexia nervosa. Lancet 1888 17. März.
5) Mackenzie, On a case of Anorexia nervosa vel hysterica. Lancet 31. III. 88.
6) Playfair, Note on the so-called „Anorexia nervosa". Lancet 28. IV. 88.
7) Edge, A case of Anorexia nervosa. Lancet 28. IV. 88.
8) Myrtle, „Anorexia nervosa". Lancet 5 V. 88.
9) Charcot, Poliklin. Vorträge, übers. v. Dr. Freud. 17. IV. 88.
10) Charcot, Leçons sur les maladies du système nerveux, 17. Vorl. 1890.
11) Sollier, Anorexie hystérique (Sitieirgie hystérique). Revue de médecine, XI. année, Nr. 8. 1891.
12) Wallet, Deux, cas d'anorexie hystérique. Nouveau iconographie de la Salpetrière, V. 1892.

Zum Schluss erlaube ich mir, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. von Strümpell für die gütige Uberweisung dieser Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.